FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1924

THÈSE

N°.....

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

JEAN DIRATZOUYAN

Né à Constantinople le 20 Janvier 1893

Licencié ès-Sciences

DIPLOME UNIVERSITAIRE

(Mention Médecine)

LA POLIARTHRITE CHRONIQUE DÉFORMANTE

(RHUMASTISME NOUEUX)

DE CAUSE SYPHILITIQUE

Président : M. ACHARD, *Professeur*

PARIS

LIBRAIRIE MARCEL VIGNÉ

13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 13

1924

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

	MM.
Physiologie	CAMUS.
Pathologie médicale	GOUGEROT.
Obstétrique	GUÉNIOT.
Histologie	RETTERER.
Anatomie pathologique	ROUSSY.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

	MM.
Clinique chirurgicale	AUVRAY.
Clinique chirurgicale	CHEVASSU.
Clinique médicale	LAIGNEL-LAVASTINE.
Clinique médicale infantile	LEREBOULLET.
Clinique médicale	LÉRI.
Clinique médicale	LŒPER.
Clinique chirurgicale infantile	OMBRÉDANNE.
Clinique chirurgicale	PROUST.
Clinique médicale	RATHERY.
Clinique chirurgicale	SCHWARTZ.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.

V. — CHARGÉS DE COURS

	MM.
Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes	MAUCLAIRE, agrégé
Stomatologie	FREY
Education physique	N.
Radiologie clinique	LEDOUX-LEBARD.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ACHARD

Professeur de Clinique Médicale à la Faculté

Membre de l'Académie de Médecine

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BROCA

Professeur de Clinique chirurgicale infantile à la Faculté

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR LANDOUZY (in mémoriam)

MONSIEUR LE PROFESSEUR VAQUEZ

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DESMAREST

MONSIEUR LE DOCTEUR CHABROL

CHAPITRE I

1° Les Causes de la polyarthrite déformante.

2° Histoire de la polyarthrite déformante spécifique.

I. — *Les causes de la polyarthrite déformante.*

La clinique progresse par l'analyse. Là où on ne voyait qu'une maladie, des dénombrements plus exacts en révélent plusieurs. C'est ce qui est arrivé pour le rhumatisme articulaire chronique ; lentement, sous nos yeux, il s'est démembré en de nombreuses entités cliniques. Nous ne rappellerons pas à son propos les travaux d'Heberden, d'Haygarth, de Lobstein, d'Adam, de P. Broca, etc, nous nous arrêterons à la division de Charcot qui distinguait le rhumatisme chronique simple, le rhumatisme chronique partiel ou arthrite sèche, les nodosités d'Heberden, et le rhumatisme noueux, dit progressif. Ce dernier a encore été nommé rhumatisme chronique osseux multiarticulaire (Besnier), ou arthrite déformante (Virchow), nom sous lequel les auteurs étrangers l'appellent actuellement. C'est de ce dernier que nous nous occupons. Il comprend bien des variétés:

a) Suivant son degré et sa rapidité de généralisation. Il est des arthrites déformantes qui restent localisées de nombreuses années aux extrémités, d'autres envahissent rapide-

ment toutes les articulations et transforment le sujet en une barre de fer.

b) Suivant sa localisation. Ainsi on a fait de la spondylose rhizomélique une entité clinique, parce qu'elle n'attaquait que la colonne vertébrale et les articulations proximales des quatre membres.

De même que les formes cliniques du rhumatisme, ses causes se sont révélées de plus en plus nombreuses. Nous sommes loin de l'époque où on n'invoquait que l'influence du froid humide, ou de la misère. Ce ne sont plus que des causes adjuvantes.

On a cru reconnaître ensuite une prédisposition diathésique, une influence trophoneurotique. Aujourd'hui ces causes sont remplacées par une insuffisance ou un trouble des sécrétions des glandes endocrines. Celle dont l'action paraît la plus certaine est la glande thyroïde, dont l'insuffisance produirait des états rhumatismaux.

Mais cette dysthyroïdie n'est elle-même qu'une cause seconde, il faut remonter à la cause efficiente qui la produit.

On reconnut d'abord des rhumatismes déformants qui succédaient à des poussées aiguës d'arthrites provoquées par une maladie infectieuse, la blennorragie, la scarlatine, la fièvre typhoïde, etc. En 1897, Poncet le regarda comme de nature tuberculeuse. Généralisant sa conception, il soutint que toutes les déformations articulaires sont dues aux toxines tuberculeuses. Cette étiologie est, nous le verrons, de plus en plus délaissée. En effet, la tuberculose est une complication du rhumatisme, loin d'en être la cause, et même elle survient tardivement.

Avant d'étudier l'étiologie syphilitique qui fait le sujet de notre thèse, nous voulons déclarer que nous ne tombons pas dans le travers de faire de la spécificité une cause unique, seule efficiente.

Nous pensons, avec les Docteurs Le Gendre, Oettinger, A. Siredey, etc, que la polyarthrite déformante est un syndrome de réaction de l'appareil locomoteur dans beaucoup d'infections et d'intoxications: syphilis, tuberculose, intoxication par le tube digestif ou par l'appareil génito-urinare, etc.

Une preuve péremptoire que la syphilis ne peut être la cause unique du rhumatisme déformant est fournie par la pathologie comparée. Cette maladie s'observe chez les animaux.

Le musée d'Alfort possède un squelette de chat atteint de polyarthrite déformante. Toutes ses articulations sont ankylosées, son attitude figée rappelle celle de l'homme atteint du même mal. Mais l'expression « barre de fer » qu'on donne à ces animaux est fausse si on n'y ajoute l'épithète incurvée. En effet la colonne vertébrale est immobilisée en arc convexe, le cou incliné fléchit la tête. Les vertèbres sont intactes antérieurement, seules les lames et les apophyses épineuses sont, pour la plupart, soudées. Aux quatre membres les segments proximaux sont fléchis sur le corps. L'articulation scapulo-humérale droite est soudée en manchon. Le sternum, avec son appendice xyphoïde est complètement soudé, de même les cartilages costaux. Quelques exostoses existent sur la colonne vertébrale, aux coudes, aux grands trochanters (1).

---

(1) Dr Félix Regnault. Les Formes du rhumatisme vertébral chez les animaux. *Revue de pathologie comparée* 1911 pp. 43-49.

II. — *Histoire de la polyarthrite déformante spécifique.*

Le rôle de la syphilis dans certains rhumatismes a été soupçonné depuis longtemps. Dès 1837 Chomel essaya de différencier le rhumatisme syphilitique du rhumatisme chronique.

Richet en 1853 en admit l'existence (1). Depuis, son cadre s'agrandit lentement.

Mericamp (2), Lannelongue (3), Danjou (4), publièrent plusieurs observations de rhumatismes déformants syphilitiques plus ou moins localisés.

En 1913 Le Fort nota les manifestations pseudo-tuberculeuses de la syphilis héréditaire. En 1913 également, Ch. Fouquet publia un résultat favorable par le traitement spécifique d'hydarthroses bilatérales et symétriques multiples chez une hérédo-syphilitique.

D'autres auteurs relevèrent, à la période secondaire, des arthralgies, des synovites subaiguës, des hydarthroses, à la période tertiaire des arthropathies simulant les tumeurs blanches, des hydarthroses (Clutton 1886), des gommes articulaires, des corps étrangers articulaires, des arthrites suppurées, etc. La syphilis articulaire fait l'objet de thèses inaugu-

---

(1) Richet. Mémoire sur les tumeurs blanches. *Mémoire de l'Académie de médecine*, t. XVII 1853, p. 249.

(2) Méricamp. Des arthropathies syphilitiques tertiaires, *thèse Paris* 1882.

(3) Lannelongue, *Bulletin médical* n° 620, mars 1887.

(4) Danjou. Les ostéo-arthropathies déformantes de la syphilis héréditaire, *thèse Paris* 1887.

rales. Fouquet en 1904 (1) et tout récemment J. Rougier (2), donnent une excellente étude des épanchements articulaires spécifiques.

La syphilis articulaire est donc étudiée depuis longtemps; mais sous sa forme déformante, elle ne fut reconnue qu'en dernier lieu.

Rappelons en quelques traits ce qu'est le rhumatisme polyarticulaire chronique déformant ou polyarthrite déformante. Il se caractérise par des déformations articulaires et para-articulaires prenant toujours les extrémités des membres; il entraîne au niveau des articulations touchées des altérations segmentaires, présente des atrophies musculaires, des poussées d'hydarthrose ou de gonflement synovial, se manifeste par des douleurs sous forme d'arthralgies, de névralgies, etc.

Le début peut être celui du rhumatisme subaigu, le plus souvent il est insidieux.

Sa marche progressive est des plus variables.

Il peut rester localisé aux têtes des métacarpiens ou des phalanges, la radiographie montre une opacité de la tête osseuse qui est entourée d'une périostose, sans ostéophytes exubérants.

Les déformés sont des malades d'âges divers, souvent très jeunes; ils présentent des lésions articulaires prédominant aux segments distaux. Les doigts sont rejetés en coup de vent vers le bord cubital de la main, les articulations métacarpo-phalangiennes sont en demi flexion. Aux pieds, on observe l'hal-

(1) Fouquet. La syphilis articulaire. *Thèse Paris* 1904, n° 387.

(2) J. Rougier. Etude des épanchements articulaires dans l'hérédo-syphilis tardive, *thèse Paris* 1924.

lux valgus et la luxation des extrémités par rétractions tendineuses et atrophies musculaires. Les grandes articulations se prennent aussi ; elles sont d'abord immobilisées, mais obéissent aux mouvements passifs. Puis ceux-ci deviennent douloureux. Enfin l'ankylose survient, l'immobilisation devient totale, la rigidité absolue.

Ce n'est que peu à peu, lentement, qu'on en est venu à la conception que le rhumatisme déformant dans toutes ses variétés était souvent le fait de la syphilis.

On commença par lui attribuer les formes légères, on ne fit rentrer que plus tard dans son domaine les formes généralisées. L'hérédo-syphilis fut d'abord incriminée, puis on s'aperçut que la syphilis acquise donnait les mêmes résultats.

En 1896, un médecin anglais Still décrivit un rhumatisme articulaire chronique associé à une hypertrophie générale des ganglions de la rate. La cause en resta obscure.

Ce fut dans l'hérédo-syphilis qu'on dépista d'abord la forme déformante. En 1901, le syphiligraphe A. Fournier mentionnait comme possible cette cause de rhumatisme déformant (1).

En 1903, H. Méry et L. Guillemot publiaient (2) l'observation d'une fillette de 7 ans, atteinte de scoliose, d'irido-choroïdite double, de retard dans la croissance et de rhumatisme déformant. L'index, le médius, l'annulaire des deux côtés présentaient une déformation en radis. Les autres jointures étaient respectées. Traitement mercuriel sans résultat.

---

(1) Fournier (E). Du rhumatisme déformant comme manifestation possible de l'hérédo-syphilis. *Ann. de Dermat. et Syph.*, Paris 1901, 43, II, 1081-1087. Voir encore Moncorvo : *Revue des maladies de l'enfance. Juillet* 1901.

(2) *Société med. des hôp.* Avril 1903, p. 325.

En 1906, Haushalter, de Nancy, signalait deux cas semblables. Jacob Heckmann, de New-York, reconnut que la polyarthrite déformante était d'origine syphilitique dans un nombre très grand de cas (1). Même conclusion pour Ely (2).

En 1907, Edmond Fournier indiquait la multiplicité des manifestations articulaires dans la syphilis héréditaire: ce sont des arthropathies aiguës ou chroniques, et, dans ces dernières, des hydarthroses, des arthropathies simples, des arthropathies déformantes.

Il crut relever des différences cliniques entre les arthrites déformantes rhumatismales et syphilitiques. Celles-ci débutent dans le jeune âge, par les grandes articulations, présentent de l'augmentation de volume des épiphyses, l'absence d'épanchement, la limitation des mouvements. Elles siègent surtout aux coudes, et aux genoux, puis aux poignets et aux doigts (3).

Le même auteur en 1912 (4) conclut de plusieurs observations très nettes que le rhumatisme chronique déformant est au nombre des manifestations par lesquelles peut se traduire l'hérédo-syphilis. Il a des localisations symétriques et spéciales se portant surtout sur les mains et les pieds et aboutissant a des attitudes vicieuses stables définitives par le fait combiné de lésions articulaires osseuses et de contractures musculaires.

---

(1) Heckmann (J.) Etiology of arthritis deformans. *Med. Record.* New-York, 1909, 958-962.

(2) Ely (L. W.) A case of rheumatoid arthritis of almost undoubted syphilitic origin. *Colorado med.,* Denver 1911, VIII, 290-293.

(3) Edmond Fournier. Recherche et diagnostic de l'hérédo-syphilis tardive. Paris 1907, p. 186-190.

(4) E. Fournier. Syphilis héréditaire de l'âge adulte. Paris 1912, p. 125-132.

CHAPITRE II

1° Les observations d'H. Dufour ;

2° La spondylose rhizomélique.

I. — *Les observations d'H. Dufour.*

Il faut arriver en 1915 avec le Dr Dufour pour avoir des observations précises, complètes, entraînant la conviction.

Le 12 mai 1915, le Dr Dufour présente trois sujets atteints de rhumatisme déformant syphilitique à la Société médicale des hôpitaux et rappelle à ce propos plusieurs observations semblables. Il relève fréquemment la syphilis chez ses déformés, soit par la réaction de Wassermann, soit par la présence de manifestations qui sentent la syphilis comme le vitiligo, l'aortite survenant sans cause, soit par la certitude que l'un des deux conjoints est spécifique (1).

En 1921, H. Dufour et A. Ravina étudient un homme at-

(1) Dufour (H.) Etiologie syphilitique du rhumatisme polyarticulaire chronique déformant. Présentation de 3 malades. *Bull. et mém. Soc. méd. d. Hop. de Paris,* 12 mars 1915, p. 191-194. Discuss. . Le Gendre, Siredey, Oettinger.

teint de polyarthrite déf. spécifique. Le malade nie la syphilis, mais la réaction de Wassermann se montre positive. Le début remonte en 1915. Il a subi des poussées successives. Les doigts sont en flexion forcée avec subluxation des jointures métarcarpo-phalangiennes. Il y a décalcification marquée des métacarpiens et des phalanges. Aux pieds existe un hallux valgus bilatéral très marqué. Atrophie des muscles des membres supérieurs.

En 1920 le sujet se met à tousser; il présente à la radioscopie des taches noires, légère hyperthermie. Il fait de la tuberculose pulmonaire, mais il ne faut voir là qu'une complication tardive, non une cause première.

Dans la discussion qui suivit, Merklen cite des cas de polyarthrite déformante chez des syphilitiques (1).

H. Dufour et Madame Geismar présentent 3 nouveaux cas en 1922 (2), avec réaction de Wassermann ou de Hecht positives. Dufour élève ainsi sa statistique personnelle à 11 cas spécifiques.

L'étiologie syphilitique paraissait bien démontrée. Pourtant J. Haguenau et E. Bernard reviennent sur ce point. Ils relè-

---

(1) Dufour (H) et Ravina (A.). Etiologie syphilitique du rhumatisme polyarticulaire chronique déformant. *Bull. et mém. Soc. méd. d. Hôp. de Paris*, 29 juillet 1921, pages 1219-1223, disc. Merklen, Babonneux.

(2) H. Dufour et Mme Geismer. Rhumatisme polyarticulaire chronique déformant d'origine syphilitique. *Soc. méd. des hôp.* 23 juin 1922, p. 970. Mme Geismar (S). Du rhumatisme polyarticulaire chronique déformant syphilitique. *Thèse Paris* 1922, n° 275, 42 p.

(3) J. Haguenau et E. Bernard. Rhumatisme chronique déformant et syphilitis *Btins et Mém. Soc. médic. hôpit.* 19 janvier 1923, p. 73-77.

vent à l'hospice d'Ivry les cas de polyarthrite déformante. Sur 31 vieillards ils trouvent 3 fois la gonococcie, pas de tuberculose, toujours Wassermann négatif. Prédominance chez la femme: 80 pour 100 des cas, apparaissant le plus souvent au moment de la ménopause. La syphilis n'est pas en cause, opinent-ils. A quoi le Dr Dufour répond que chez les gens âgés le plus souvent le Wassermann devient négatif, même s'ils ont eu la vérole dans leur jeunesse.

II. — *La spondylose rhizomélique.*

La spondylose rhizomélique rentre-t-elle dans le cadre du rhumatisme déformant et admet-elle, comme cette dernière, l'étiologie syphilitique?

Que la spondylose rhizomélique soit une entité clinique, cela ne fait pas de doute. Mais il semble qu'au point de vue de l'évolution et de l'anatomie pathologique, elle rappelle absolument le rhumatisme déformant. En effet elle survient le plus souvent chez des sujets jeunes. Après une phase de douleur, on voit se développer la cyphose qui aboutit à l'ankylose de la colonne vertébrale et des 4 jointures proximales.

A l'autopsie on voit que le manchon ligamenteux seul est ossifié, non l'articulation. Il y a ostéoporose, non ostéophyte.

L'étiologie rappelle celle du rhumatisme noueux. On a incriminé le froid humide et il semble jouer le rôle de cause prédisposante. Poncet a invoqué la tuberculose, mais les autopsies n'ont pas été confirmatives.

La syphilis a été incriminée par Dr Pietro Scancatelli; il relate l'observation d'un homme de 44 ans, atteint de spondylose rhizomélique syphilitique depuis l'âge de 23 ans, et il

admet que la syphilis est susceptible d'amener ce genre de polyarthrite (1).

Pourtant cette cause n'est généralement pas acceptée. Peugniez affirme: « il n'existe, dans l'état actuel de nos connaissances, aucune raison pour décrire une spondolyse rhizomélique syphilitique » (2).

---

(1) Piétro SCANCATELLI (de Naples). *Annales des Maladies vénériennes.* An III n. 10 oct. 1908.

(2) Dr PEUGNIEZ (Amiens). Une tentative de cure radicale de la spondylose rhizomélique. *Archives franco-belges de chirurgie.* Août 1923, n° 8.

CHAPITRE III

Traitement du Rhumatisme noueux spécifique

1° **Guérison par le traitement spécifique dans un cas grave** (Docteur Félix Regnault) ;

2° **Les préparations bismuthées se sont montrées efficaces ;**

3° **Traitement chirurgical.**

I. — *Le traitement spécifique guérit, s'il est employé au début. Observation du Dr Félix Regnault.*

Tous les auteurs qui ont employé le traitement spécifique n'en avaient retiré aucun résultat. Jacob Heckmann (1) n'en avait pas eu d'effet positif ; Dufour, Legendre relevaient son inefficacité (2).

Le Dr Marklen n'avait « pas l'impression que les médica-

(1) Déja cité 1909 p. 962.

)2) *Btins Soc. médic. hôpit.* 1921, 29 juillet communic. Dr Dufour discussion.

tions utilisées contre la syphilis jouissent de beaucoup d'efficacité dans le rhumatisme chronique syphilitique. Si on note parfois une atténuation des douleurs ou un arrêt dans la marche du mal, l'examen impartial ne permet pas toujours d'y voir une résultante de la cure ».

C'est, disait le Dr Legendre, sur le candidat au rhumatisme déformant qu'il faut agir.

A ce point de vue l'observation du Dr Félix Regnault est cruciale, pour employer l'expression des biologistes. Elle prouve que le traitement spécifique est souverain quand l'affection est prise au début.

Elle vaut encore au point de vue pathogénique. Car le fait qu'un sujet atteint de rhumatisme déformant est syphilitique, ne suffit pas à prouver que syphilis est cause de rhumatisme. Il y a beaucoup de syphilitiques et ceux-ci peuvent, comme des normaux, contracter des maladies où leur syphilis n'a rien à voir, ou peu à voir.

Au contraire l'adage de nos pères « naturam morborum curations ostendunt » reste toujours vrai.

Cette observation ayant passé inaperçue, et n'ayant été citée dans aucun des travaux qui l'on suivie, nous la reproduisons in-extenso.

Le nommé N..., matelot, âgé de 29 ans, entre le 23 août 1916, à l'hôpital d'Ajaccio pour dysenterie aiguë, avec fièvre modérée; 37°2 à 38°1, ténesme, selles caractéristiques; le malade va 19 fois à la garde-robe dans les premières 24 heures. Plusieurs autres cas semblables viennent d'éclater parmi les matelots, qui avaient été guéris par le sérum antidysentérique. Je fais le même traitement: injection de 20 cc. par jour

durant quatre jours, 10 cc. les six jours consécutifs; l'état général s'améliore, le nombre des selles diminue, tombe le 3 décembre à 3 par 24 heures.

Ce jour-là apparaît une arthrite métacarpo-phalangienne du troisième doigt de la main gauche. L'articulation est gonflée, très douloureuse, la peau est luisante; deux jours après le genou droit se prend; il est gonflé, très douloureux; une aspiration avec la seringue donne un liquide citrin, et soulage le malade. La température monte, atteint 39°5 le 9 décembre, et oscille de 37°4 à 39°. La quinine à dose quotidienne de 1,60 centigr. la modère. Mais le rhumatisme suit son évolution. Successivement toutes les articulations des membres et la colonne vertébrale se prennent. Après un stade éphémère de gonflement, les articulations se déforment. Le malade prend l'aspect classique du rhumatisme déformant généralisé, les bras sont abaissés, collés au corps, les coudes immobilisés en demi-flexion, les avant-bras en pronotion, les poignets et les doigts en forte abduction, inclinés du côté du bord cubital. Les membres inférieurs ont les cuisses et les genoux fléchis, les doigts portés en forte abduction. Les articulations ont les os épaissis sans épanchement. Les muscles sont amaigris, rétractés, la peau amincie et luisante aux articulations, les ongles des mains épaissis, cornés. Les douleurs extrêmement violentes, ne sont apaisées par aucun sédatif, baume tranquille, liniment chloroformé, etc.

Enfin la colonne vertébrale s'incurve en cyphose, la tête se fléchit. Le malade devient une barre raide, il est impotent; on doit le nourrir. Cet état a été obtenu rapidement; à la mi-décembre, il est entièrement acquis. Le malade nie toute

syphilis, il n'en offre aucun signe. En janvier 1917, je cherche la réaction de Wassermann, elle est positive.

Je soumets alors le malade à un traitement spécifique intensif à la fois: 50 grammes sirop de Gibert par jour pendant 3 semaines suivies d'une semaine de repos, puis reprise; frictions mercurielles; injections intraveineuses de novarsénobenzol suivant la prescription usuelle en séries débutant par 30 pour aller jusqu'à 60 centigrammes. Sous cette influence, les lésions rétrocèdent à vue d'œil. Les douleurs s'affaiblissent, puis disparaissent, la peau reprend son aspect normal, les articulations diminuent de volume, les doigts de mains et de pieds diminuent leur abduction.

Après six semaines de traitement, la tête se redresse, les membres commencent à se mouvoir avec l'aide de massages et de mouvements communiqués. On ne se laisse pas arrêter par l'appréhension que manifeste le malade, on lui fait violence. Le 26 mars, il est mis en bas de son lit, et, soutenu par deux infirmiers, il reconnaît, à sa stupéfaction, qu'il peut marcher. A la mi-avril le sujet mange lui-même ,se lève, marche seul.

Son caractère, nous explique-t-il, s'est modifié. Durant l'attaque de rhumatisme, il était absorbé uniquement préoccupé du présent, ne cherchant qu'à éviter la souffrance. Il ne songeait point que son état pût devenir incurable. Aujourd'hui il a repris son ancienne gaîté, et comprend à quelle catastrophe il a échappé.

Le malade guéri part en convalescence en fin avril 1917.

CONCLUSION. — Poncet avait admis que le rhumatisme polyarticulaire chronique déformant était dû à la tuberculose:

cette étiologie nous laisse désarmés. Il faut penser que cette maladie peut être due à la syphilis, chercher la réaction de Wassermann, et si elle est positive, instituer un traitement intensif. Quand le mal est pris à temps, un sujet déjà déformé et raidi peut guérir. Dans notre observation, la dysenterie semble avoir préparé la voie à la poussé articulaire de syphilis (1).

2) *Action favorable des préparations bismuthées.*

Quand l'action spirocheticide du bismuth fut connue, on l'essaya dans le rhumatisme noueux syphilitique, et on eut la surprise de constater qu'il agissait même sur les lésions constituées et ramenait la mobilisation.

Dufour, Duchon et Durand ont observé une femme, âgée de 42 ans atteinte de polyarthrite déformante. Les extrémités et les grandes articulations sont frappées: doigts en S. Elle était confinée au lit depuis 6 mois, incapable de se mouvoir. La radiographie montre une altération profonde des os du carpe avec disparation des interlignes articulaires, des ostéophytes aux genoux et une synostose partielle d'une rotule avec le fémur. Insuffisance mitrale.

A 34 ans, elle a une crise de rhumatisme articulaire aigu avec albuminurie. Par suite une insuffisance mitrale persisatnce. A 36 ans, le rhumatisme débute par les jointures des

(1) Dr Félix Regnault. Un cas de rhumatisme polyarticulaire déformant, guéri par le traitement spécifique. *Revue générale de clinique et de thérapeutique* ou *Journal des Praticiens*. 1918, 31 août, p. 552.

doigts et depuis il progresse. Pas de stimate de syphilis. Réaction de Wassermann négative, devient positive durant la cure de novarsénobenzol.

Elle entre en janvier 1923 dans le service du Dr Dufour, est soumise au Quinby, 2 piqûres par semaine d'une ampoule chaque: 1° série 10 piqûres avril 1923, 2° série égale.

« Sous l'effet du traitement la situation s'est complètement transformée, les douleurs spontanées ont disparu, les douleurs provoquées sont très atténuées. Les articulations, en particulier celles des genoux ont repris leur mobilité. L'assouplissement de toutes les articulations a été obtenu et la malade marche seule et sans appui ».

Harvier et Decourt présentent deux polyarthrites déformantes, chez deux vieilles femmes hérédo-syphilitiques notoires. La polyarthrite est localisée aux mains et aux pieds chez les deux malades.

La deuxième malade affirme que les douleurs se sont atténuées sous l'influence des injections de Quinby (2).

Rappelons que le Dr Milian (3) avait cité un cas avec coïncidence d'onyxis et périonyxis que le traitement mercuriel

---

(1) Dufour (H.) Duchon et Durand (P.). Rhumatisme chronique déformant polyarticulaire syphilitique très amélioré par le traitement bismuthé. *Bull. et mém. Soc. méd. des Hôp. de Paris*, 26 octobre 1923, 3 s. XLVII, 732-735.

(2) Harvier (P.) et Decourt. Rhumatisme chronique déformant chez deux femmes hérédo-syphilitiques. *Bull. et mém. Soc. méd. des Hôp. de Paris*, 30 novembre 1923, p. 1663-1667.

(3) Milian. A propos du rhumatisme déformant. *Bull. et mém. Soc. méd. Hôp.* 1923, p. 102. Voir aussi Milian. Rhumatisme syphilitique déformant dans nouveau traité de Médecine et de thérapeutique de Gilbert et Thomot, Paris 1912, t. 39, pages 219.

modifia peu mais que celui au salvarsan guérit rapidement. Une récidive guérit à nouveau par le même traitement.

Flandin publie une observation de rhumatisme déformant spécifique chez une femme de 63 ans avec hydarthrose double des genoux et arthralgies cervicales. A la radiographie les genoux ont un épaissement marqué de la capsule. Lordose accusée et scoliose légère. Les doigts ont les déformations classiques. Les pieds ont un hallux valgus double. Elle a une aortite. A eu une iritis grave. Son mari est mort paralytique général. Wassermann négatif. Traitement par l'oxycyanure, puis par le bismuth. Résultats rapides, douleurs disparaissent, de même l'hydarthrose des genoux, les mouvements du membre supérieur gauche reprennent une amplitude normale (1).

3) *Traitement chirurgical.*

Quand le malade n'a pas été traité au début, qu'il est devenu rigide, le traitement spécifique ne fera pas disparaître le tissu osseux qui encroute les ligaments, il ne peut donner la guérison. Néanmoins il faut l'employer quand le malade est reconnu spécifique, il y a toujours avantage à le guérir de sa syphilis. On évite ainsi des complications possibles et surtout les reprises d'accès rhumatisants. Car le rhumatisme noueux évolue par étapes, par accès successifs, chacun aggravant la situation. Par le traitement spécifique, on doit obtenir un état stationnaire, on ne craindra plus d'aggravation.

Le rhumatisme déformant est un mal si terrible, que les chi-

(1) FLANDIN. Rhumatisme déformant. *Soc. méd. hôp.*, 14 déc. 1923.

rurgiens ont tenté d'y remédier. Ils ont essayé la mobilisation. Quelques rares cas ont été favorables. Mais elle est d'ordinaire impossible et n'est pas sans danger. Elle ne donnera de résultats que si le cycle morbide a terminé son évolution. Ceci est une indication en faveur du traitement spécifique préalable.

Routier fit une double résection de la hanche à un malade atteint de spondylose rhizomélique, creusa un nouveau cotyle, soumit l'opéré à la traction continue, mais la fracture se consolida et le malade perdit le bénéfice de l'intervention.

Nélaton fit une tentative analogue, en interposant du muscle entre les deux surfaces osseuses. Le muscle s'ossifia et l'ankylose se reproduisit.

Le Dr Peugniez, à qui nous empruntons ces détails a opéré une spondylose rhizomélique avec résultat favorable (1).

Malade de 38 ans. Début en juin 1914. En 1922 M. Peugniez est consulté. Le rachis est ankylosé dans la rectitude. Les hanches sont ankylosées. Les genoux ont des mouvements limités. Les côtes sont immobiles.

Le malade supplie qu'on tente quelque chose pour l'améliorer. Le 18 mars 1922, le Dr Peugniez opère le côté gauche. L'ostéotomie est faite à quelques centimètres au-dessus du sommet du grand trochanter. Dans l'espace laissé entre les deux surfaces de section, il fait passer un lambeau à pédicule inférieur, disséqué le long du versant antérieur du vaste externe. Il le suture en haut sur le versant musculaire opposé. Réunion sans drainage. Extension continue par un poids.

---

(1) Dr Peugniez (Amiens). Une tentative de cure radicale de la spondylose rhizomélique. *Archives franco-belges de chirurgie*, août 1923, n° 8.

L'extension est supprimée vingt jours après l'opération. La mobilisation commence doucement le 30e jour. Le malade se lève pour la première fois 50 jours après l'opération. Il quitte ses béquilles et marche avec 2 cannes à partir d'octobre. Séances quotidiennes de massage et de mobilisation.

En novembre le malade descendait les deux étages de sa maison et faisait des promenades dans le parc de Versailles. Mais l'ankylose de sa hanche droite le gênait beaucoup.

L'opération du côté droit eut lieu le 8 décembre 1912. M. Peugniez fit porter la section au-dessous du petit trochanter et n'interposa aucun fragment musculaire entre les deux surfaces de section osseuse.

Le traitement consécutif fut analogue au précédent.

Aujourd'hui, le malade se tient debout sans béquilles et travaille ainsi facilement une heure de suite à un établi. Il marche tous les jours 3 ou 4 heures, en alternant le pied qu'il porte en avant. Il fait régulièrement, chaque jour, une moyenne de 7 kilomètres. Il peut s'asseoir sur un siège de 69 cm. de hauteur et y rester facilement une demi-heure.

La radiographie montre deux néarthroses chirurgicales gauche et droite.

Des modifications imprévues survinrent durant la période de rééducation du malade. Des articulations qui semblaient le siège d'ankyloses osseuses définitives, recouvrèrent peu à peu une partie de leur mobilité. Ainsi le malade exécute maintenant quelques mouvements de flexion, d'extension, de rotation du cou, qui étaient depuis longtemps impossibles. Il peut demander, dans le plan latéral, des mouvements d'oscillation au tronc qui s'incline maintenant, sous sa volonté, à droite ou à gauche sur le bassin. Les genoux ont recouvré leur mobilité

normale. Il est certain que l'ankylose totale observée avant l'opération avait plusieurs causes: l'ossification des ligaments, la rétraction fibreuse et l'impotence musculaire dues au manque d'exercice, l'immobilité imposée par le repos au lit. Or ces deux derniers facteurs s'améliorent évidemment chaque jour sous l'influence de l'entraînement et des mouvements méthodiques progressifs, conquis grâce aux séances quotidiennes de culture physique. Tous les ligaments qui ne sont pas infiltrés de substances osseuses s'assouplissent, retrouvent peu à peu leur élasticité: les muscles atrophiés obéissant aux sollicitations de la volonté qu'ils ne recevaient plus depuis longtemps, commencent à se contracter.

Nous avons voulu citer longuement cette observation qui est d'un haut intérêt. On pourra répéter la même opération sur des rhumatismes déformants. Car les lésions anatomo-pathologiques sont de même nature.

Nous avons donc deux précieuses conquêtes thérapeutiques pour le traitement du rhumatisme noueux: le traitement spécifique, le traitement chirurgical. Ils s'associent et se complètent.

CONCLUSIONS

1. — La polyarthrite chronique déformante ou rhumatisme noueux s'avère de plus en plus comme due à la syphilis.

2. — Mais cette cause n'est pas unique. Il faut toujours penser aux infections et aux intoxications. Car cette maladie existe chez les animaux, surtout le chat.

3. — Le rhumatisme noueux syphilitique, même grave et à évolution rapide, est curable s'il est traité au début (observation de Félix Regnault).

4. — Les préparations bismuthées se sont montrées efficaces même en des cas de rhumatisme évolué.

5. — Le traitement opératoire a donné un succès au Dr Peugniez. Il peut compléter le traitement spécifique qui le précédera.

Vu : le Doyen, H. ROGER.

Vu : le Président, Ch. ACHARD.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris

P. APPELL.

Saumur. — Imprimerie M. CHEVALIER.